6

Clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Genève.
(Professeur Dr A. Jentzer.)

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CANCER DE L'UTÉRUS

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU TITRE DE PRIVAT-DOCENT

PAR LE

Dr René KŒNIG
M. R. C. S. England, L. R. C. P. London.
Chef de clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Genève.



GENÈVE
IMPRIMERIE J. STUDER, ROND-POINT DE PLAINPALAIS
1903

Clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Genève.
(Professeur Dr A. Jentzer.)

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

CANCER DE L'UTÉRUS

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU TITRE DE PRIVAT-DOCENT

PAR LE

Dr René KŒNIG
M. R. C. S. England, L. R. C. P. London.
Chef de clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Genève.



GENÈVE
IMPRIMERIE J. STUDER, ROND-POINT DE PLAINPALAIS

1903

La Faculté de Médecine autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 21 Février 1903.

Le Doyen de la Faculté,

Dr A. Éternod, prof.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

CANCER DE L'UTÉRUS

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Depuis plusieurs années, le traitement chirurgical du cancer de l'utérus est à l'ordre du jour de tous les congrès de gynécologie. L'échange d'idées qui a eu lieu dans ces assemblées, particulièrement au dernier congrès de Rome, et les nombreux travaux publiés récemment ont amené une entente, sinon sur le fond même du sujet, du moins sur quelques points saillants. D'une part, on est arrivé à reconnaître certains faits acquis, de l'autre, on s'est mis d'accord sur les points qu'il importait avant tout d'élucider et sur la ligne de conduite qu'il fallait suivre dans ce but. Nous nous proposons, dans cette étude, de résumer l'état actuel de la question, en nous basant sur les conclusions auxquelles sont arrivés les principaux auteurs.

Nous ne nous occuperons pas de l'étiologie du cancer. Depuis un an à peu près, un intérêt intense s'empare du

monde entier pour cette question, partout on institue des recherches systématiques, on fonde des comités internationaux, des laboratoires admirablement équipés, ayant pour but unique de rechercher les causes du carcinome. Il y a lieu d'espérer que tous ces efforts accumulés et bien dirigés feront jaillir l'étincelle qui guidera nos pas dans l'obscurité si complète qui nous environne. A l'heure qu'il est, il faut bien avouer que nous ne savons rien encore de l'étiologie du cancer.

Par contre, il est établi d'une façon indiscutable que *le cancer de l'utérus, pris au début, est curable.*

Ce fait, dont l'importance ne saurait être exagéré, a été constaté presque à l'unanimité au congrès de Rome. Il est assez naturel qu'au début, les mauvais résultats, tant immédiats qu'éloignés aient réduit à néant les espérances trop sanguines qu'on avait fondées sur la chirurgie du cancer utérin. Mais on est trop resté sur cette impression, et on s'est habitué peu à peu, aussi bien dans le corps médical que parmi les laïques, à considérer l'ablation du néoplasme uniquement comme une intervention palliative. Ce manque de foi ne nous amène les malades que quand il est trop tard, d'où les mauvais résultats des gynécologistes qui se décident à opérer quand même ; le scepticisme se trouve confirmé à nouveau et le cercle vicieux est établi. Je ne puis m'empêcher de citer la péroraison du rapport de *Kocher* sur le traitement du cancer de l'estomac. « Vous nous reprochez », dit-il en s'adressant aux médecins, « nos mauvais résultats opératoires. Envoyez-nous vos malades à temps, nous les guérirons. » Il n'y a que trop de chirurgiens qui soient encore d'un avis opposé. En septembre 1902, au congrès de la British Medical

Association, à Manchester, *Japp Sinclair* allait jusqu'à déclarer l'impuissance absolue de la chirurgie vis-à-vis du cancer. *Pozzi*, seul de cet avis parmi les quatre rapporteurs du congrès de Rome (octobre 1902), conclut que le traitement chirurgical du cancer de l'utérus ne procure presque jamais de guérisons définitives. Mais des manifestations semblables deviennent de plus en plus isolées. Du camp opposé on est venu produire des statistiques formidables qui ne permettent plus le doute.

Certes, les données statistiques sont, d'une façon générale, sujettes à caution. Trop souvent on les maquille pour les besoins de la cause. *Freund* a appelé la statistique « fille vénale qui se donne au premier venu ». Mais si celui-ci se trouve être un honnête homme, la réhabilitation n'est-elle possible? On voudra bien admettre, j'espère, qu'il y ait des observateurs qui mettent la vérité scientifique au-dessus de leur amour-propre. Les chiffres d'auteurs consciencieux, tels que *Zweifel*, *Winter*, *Olshausen*, pour n'en citer que quelques-uns, ont une valeur indéniable. On reproche aux statistiques les éléments très inégaux qui les constituent et qui ne permettent pas qu'on les compare entre elles. Ceci est juste dans une certaine mesure, et il faudrait s'entendre sur une méthode bien définie pour établir partout ces calculs sur la même base. A cet effet, *Winter*[1] a formulé quelques principes fondamentaux, adoptés par tous les auteurs qui ont traité de la question.

Il serait puéril de vouloir nier l'éloquence des chiffres donnés par *Olshausen* et par *Glockner*. *Olshausen*[2] a obtenu

1. Zeitschr. für Geburtsh. u. Gyn. Band XLIII, Heft 3.
Centralbl. für Gynæc. 1902, p. 81 et 545.

2. Congrès de la Deutsche Gesellsch. für Geb. u. Gyn. Giessen 1901 et Gesellsch. für Geb. u. Gyn. zu Berlin, séance du 14 nov. 1902.

jusqu'en 1895, 18-19 % de guérisons après l'hystérectomie vaginale. *Glockner*[1], chef de clinique de Zweifel et ancien assistant de M. le prof. *Zahn*, dans une étude très approfondie sur les résultats éloignés de l'hystérectomie pour cancer de l'utérus, réunit les statistiques des principaux auteurs et en compare les résultats. J'en cite quelques chiffres :

Guérison constatée 7 *ans* après l'opération :

Sur :

31 % des opérées — *Knauer* (clinique de *Chrobak*).
30,69 % » *Winter* (clinique de Berlin).
53 % » (cancer du corps) *Winter*.
34,06 % » (cancer du col) clinique de *Zweifel*.
66,66 % » (cancer du corps) » »

Pour les femmes ayant dépassé la ménopause, le chiffre de 34, 06 % est même porté à 43,75 %.

Ces chiffres seraient tous plus élevés, s'il était possible de suivre toutes les opérées. Mais afin qu'on ne puisse leur reprocher d'embellir leurs statistiques, ces auteurs ont préféré, d'après *Winter*[2], considérer comme atteintes de récidives toutes les femmes dont on n'a pu avoir de nouvelles après sept ans. De même ont été comptées parmi les récidives les opérées mortes dans le courant des sept années ayant suivi l'intervention, à moins qu'une maladie étrangère au cancer n'ait été reconnue, d'une *façon certaine*, comme cause du décès. Et malgré ces restrictions, nous arrivons à des chiffres de 30-35 % de survie pour les cancers du

---

1. Hegar's Beiträge 1902, Band VI, Heft 2.
2. Loc. cit.

col, et de 53 à 66 % pour ceux du corps ! A-t-on le droit de condamner un traitement qui, de trois malades atteintes d'un mal contre lequel toute autre mesure thérapeutique est notoirement impuissante, en guérit une, quelquefois deux ? Evidemment, de l'avis même des partisans les plus ardents de l'intervention chirurgicale, nous sommes loin encore de la guérison absolue du cancer de l'utérus. Il ne faut pas oublier que les opérées ne représentent qu'une petite partie de *tous* les cas de cancer. *Winter*[1] a essayé d'exprimer cette relation par un chiffre. En prenant la totalité des malades vues par lui, il calcule d'une part le nombre de cas où l'intervention a été déclarée possible, de l'autre, le nombre des guérisons maintenues après 5 ans. Ces deux chiffres, comparés, donnent le « coefficient de guérison absolue » (absolute Heilungszahl). Par exemple nous aurions :

Total des cas : 100.

A. Cas opérables (et opérés)	*B*. Guérison maint. ap. 5 ans
33 % = 33	33 % de *A* = 11

chiffre qui représente le nombre de guérisons absolues.

D'après Glockner, le coefficient de *Winter* est de :

9,6 % — Clinique de Berlin, 1880-91 (*Winter*).
8,7 % — Thorn.
20 % — Schuchardt.
9,72 % — Clinique de Leipzig (*Zweifel*).

Waldstein[2] et *Glockner* indiquent en outre un coefficient un peu différent qu'ils obtiennent en déduisant du chiffre

1. Loc. cit.
2. Centralbl. für Gyn. 1901, p. 1363.

A. le pourcentage des morts dues à l'intervention même. Leur coefficient rend un compte plus exact de la proportion réelle des guérisons, mais il dépend de questions de technique et ne donne par conséquent pas d'indications sur la valeur de la méthode opératoire. Il est nécessairement plus petit que le coefficient de *Winter*. Dans la statistique citée, il est de 7,7 $^0/_0$, au lieu de 9,72 $^0/_0$. Ce chiffre de 7,7 $^0/_0$ nous dit donc que sur 100 femmes atteintes de cancer et vues à l'hôpital ou en ville (le diagnostic étant certain), 7,7 sont restées définitivement guéries après sept ans. Mais il ne nous dit pas de quoi sont mortes les 92,3 autres, si c'est de leur cancer, des suites de l'opération, d'une récidive ou d'une maladie entièrement étrangère au cancer.

Je me suis arrêté un peu longtemps à ces chiffres. Mais il me paraissait important de montrer quelques-uns des efforts loyaux entrepris pour poser les bases d'une statistique digne de toute confiance. Quelle que soit la méthode de calcul employée, une chose est sûre, c'est qu'une certaine proportion des femmes atteintes de cancer utérin (à peu près 8 $^0/_0$ de toutes les malades, et 30 $^0/_0$ de celles soumises à une opération) est guérie définitivement par l'opération. Cette certitude, nous l'entendons proclamer dans presque tous les discours prononcés à Rome. « Je voudrais, dit *Pinard*, que les médecins fissent bien pénétrer dans l'esprit des femmes cette notion de curabilité du cancer pris au début. »

Le cancer de l'utérus est curable par une intervention précoce. Mais quelle est l'opération de choix ? On s'étonne peut-être de ce que je parle du carcinome de l'utérus sans essayer d'en distinguer les variétés. Il est indiscutable que

le siège initial du cancer a une très grande importance sur l'évolution de la maladie et sur le pronostic de la récidive post-opératoire. Malheureusement, jusqu'à présent les statistiques opératoires ne nous fournissent à ce sujet que des données très vagues. Le plus souvent, les auteurs se bornent à indiquer que le néoplasme est parti soit du col soit du corps. C'est que, pour les cancers du col, il est trés difficile de déterminer exactement le point de départ. *Glockner* n'est arrivé à le faire que dans à peu près $^2/_3$ de ses cas, et cela avec « quelque probabilité » seulement. Sur les pièces conservées dans n'importe quel liquide, ces constatations deviennent presque impossible. Cet auteur recommande l'examen de la pièce, tant macroscopique que microscopique, immédiatement après l'opération. A défaut d'une classification meilleure, *Glockner* propose d'adopter le schéma de *Krukenberg* qui divise les cancers utérins en

1. carcinomes de la portion vaginale,
   a) cancroïdes superficiels,
   b) cancroïdes à forme ulcéreuse profonde, pénétrant dans la substance du « cervix ».
   c) forme végétante : petits choux-fleurs,
   d) » » gros »

2. Carcinomes du « cervix »,
   a) carc. de la muqueuse cervicale peu avancés.
   b) » » » avancés,
   c) » de la paroi du cervix.

Glockner estime qu'il est relativement facile de distinguer les différentes variétés de cancer de la portion vaginale entre elles et de celles ayant pour origine la muqueuse du

col. Mais il croit plus difficile de ne pas confondre les néoplasmes issus des parois même du col (très rares d'après lui), avec les formes ulcéreuses profondes du cancer de la portion qui ont pénétré jusqu'à la muqueuse cervicale. *Glockner* est convaincu que « les carcinomes du col dont le siège initial est impossible à déterminer », formeront toujours une fraction importante de la totalité des cas.

L'absence de renseignements exacts que j'ai constatée dans la plupart des statistiques opératoires quant au point de départ du cancer du col, m'empêche d'en tenir compte au cours de cette étude, tout convaincu que je suis de l'extrême importance de cette question au point de vue du pronostic. Pour ce qui est des indications opératoires, nous verrons qu'elles sont indépendantes du siège initial de la tumeur.

Nous ne pouvons faire ici l'historique complet du traitement chirurgical du cancer de l'utérus, nous nous bornerons à en esquisser sommairement les trois grandes phases :

1) Période du traitement palliatif. Jusqu'en 1878, à part quelques coups d'audace presque toujours mal récompensés, on limita l'intervention à des mesures purement palliatives. Le râclage, la cautérisation au fer rouge, au Paquelin ou par des agents chimiques, ne peuvent évidemment guérir du cancer, mais ils en combattent souvent d'une façon efficace certains symptômes, comme l'hémorrhagie et l'ichorée. En rendant aseptiques, au moins pour queltemps, les surfaces ulcérées, ils enrayent la décomposition fatale et la résorption de produits septiques qui s'ensuit. Employés judicieusement et répétés de temps en temps,

ces moyens nous rendent de réels services dans le cancer inopérable.

2) Période de l'opération vaginale exclusive (jusque vers 1896 ou 98). L'amputation supra-vaginale du col, préconisée par *Schrœder,* cède bientôt la place à l'hystérectomie vaginale lancée surtout par *Czerny.* A l'heure qu'il est, on s'accorde à considérer l'excision du col seul comme un anachronisme. Il n'y a plus guère que *O. von Franqué* [1] qui soit resté fidèle à l'opération de son ancien maître Schrœder. *L'hystérectomie par la voie vaginale* a subi plusieurs modifications qui portent sur la technique plutôt que sur l'ensemble de l'utérin. On a substitué aux ligatures à la soie les pinces à demeure qui permettent d'élargir les limites de l'intervention et d'en raccourcir la durée. *P. Müller* [2] a proposé de sectionner l'utérus dans la ligne médiane pour faciliter la ligature des pédicules. *Doyen* pratique l'hémisection de la paroi antérieure et bascule l'utérus en avant préalablement à l'hémostose des ligaments. D'autres font l'extraction par le cul-de-sac postérieur, d'autres encore lient les pédicules à mesure qu'ils attirent l'utérus en bas. *Schuchardt*, par son incision « paravaginale » rend le néoplasme plus accessible, et par conséquent l'extirpation plus facile. *Mackenrodt* enfin, de peur de greffer des débris cancéreux sur les surfaces cruentées du vagin, préconise l'emploi du cautère à la place du bistouri ou des ciseaux. Toutes ces modifications laissent intact le caractère même de l'hystérectomie vaginale : l'in-

1. Centralbl. für Gyn. 1902. N° 47.

2. C'est en effet Müller, et non Doyen qui a le premier fait l'hémisection de l'utérus. Centralbl. für Gyn. 1882, n° 8, et Dr Wittelhöfer's Wr. med. Wochenschrift 1884, n° 8.

tervention est limitée à l'ablation de l'utérus et de ses annexes, les ganglions sont inaccessibles tout à fait, les paramètres presque complètement.

3) Période de l'opération vaginale et abdominale concurremment.

Dès 1878, quelques mois même avant que fussent connus les procédés de *Schrœder* et de *Czerny*, *A.-W. Freund* montra la voie dans laquelle, une vingtaine d'années plus tard, devait s'engager la chirurgie du cancer utérin. La première hystérectomie abdominale ou plutôt vagino-abdominale qu'il fit d'après son procédé, lui donna une guérison qui s'est maintenue jusqu'à nos jours. Plus tard il modifia sa méthode, et pratiqua tous les temps de l'opération par la voie haute. Mais si *Freund* avait pressenti les progrès de la chirurgie gynécologique moderne, il n'avait pas encore à sa disposition les moyens nécessaires pour mener à bien, avec une sûreté suffisante, pareille opération. Celle-ci donnait alors une mortalité telle, qu'elle effraya tous ceux qui avaient osé imiter *Freund*, et bientôt la voie haute fut complétement délaissée en faveur de la voie basse.

A partir de 1896, grâce aux efforts de *Ries*, *Rumpf*, *Clark*, *Kelly*, *Wertheim*, *Mackenrodt*, *Jonnesco*, *Freund*, *Hartmann*, *Faure*, etc., l'opération de Freund, modifiée et amplifiée, reprend une place importante en gynécologie et depuis 1900 elle gagne nettement du terrain sur sa concurrente, l'hystérectomie vaginale. Au congrès de Rome (1902) *Spinelli* va même jusqu'à traiter l'hystérectomie vaginale d'anachronisme, sans rencontrer trop de contradiction. Depuis son origine, l'opération par la voie haute a passé par bien des phases qui en ont modifié l'aspect d'une façon

complète. Au début, on se contentait d'enlever l'utérus, ou l'utérus avec ses annexes. Peu à peu on chercha à mettre en pratique les principes qui régissent le traitement chirurgical du cancer en général. On s'attaqua, ainsi qu'on le faisait depuis longtemps pour le cancer du sein, au tissu conjonctif environnant (fréquemment envahi déjà) et aux ganglions lymphatiques régionaux. On arrive ainsi logiquement à la dernière formule, celle de *Jonnesco*, *Mackenrodt*, *Freund*, la seule rationnelle au point de vue théorique : l'ablation de l'utérus et de ses annexes avec une partie du vagin, les ligaments larges, les paramètres, le tissu cellulaire pelvien, les ganglions et les vaisseaux lymphatiques du bassin, le tout en évitant si possible toute solution de continuité. C'est « l'évidement du bassin », qui est poussé plus ou moins loin selon les opérateurs. *Wertheim*, *Freund*, *Jacobs*, *Zweifel*, par exemple, n'enlèvent que les ganglions manifestement pris. *Mackenrodt* et *Jonnesco*, par contre, ont osé poursuivre l'application du principe énoncé plus haut, jusque dans ses dernières conséquences. La méthode de *Jonnesco* ne diffère guère du procédé que *Peiser*[1] avait établi sur le cadavre, procédé qui constitue en somme une dissection anatomique et que nous avons nous-même suivi[2], que par une logique plus rigoureuse, *Wertheim*, tout en apportant quelques modifications heureuses, préfère s'en tenir à une intervention plus bénigne, mais moins complète. *Mackenrodt*, de tous le plus conséquent, essaya non seulement de réaliser l'opération aussi radicale que possible, mais chercha en même

1. Zeitschr. für Geb. u. Gyn. Bd XXXIX.
2. Hegar's Beitrage, 1869, Bd II.

temps une voie d'accès plus facile et plus sûre. Le procédé de *Jonnesco*, décrit tout au long dans son rapport au congrès de Rome[1] à l'aide d'une multitude de dessins très clairs, comporte les temps suivants :

1) Soins préparatoires plusieurs jours avant l'opération.
2) Laparatomie par incision médiane.
3) Isolement des annexes, section des ligaments infundibulo-pelviens et ronds entre ligatures, section des ligaments larges.
4) Ligature des artères hypogastriques.
5) Décollement de la vessie.
6) Dissection des uretères; libération et section entre deux ligatures des artères utérines.
7) Incision du Douglas; section des ligaments utéro-recto-sacrés; décollement utéro-vagino-rectal.
8) Amputation du vagin.
9) Evidement ilio-lumbo-pelvien : Dissection et extirpation du tissu cellulaire du pelvis, des fosses iliaques et des lombes avec tous les vaisseaux et les ganglions lymphatiques qu'ils contiennent.
   a) Evidement des flancs du pelvis et des bords internes des fosses iliaques, c'est-à-dire dissection des vaisseaux iliaques externes, du nerf obturateur, de l'artère ombilicale et de la fosse obturatrice.
   b) Dissection des vaisseaux hypogastriques et de leurs branches.
   c) Evidemment de la fosse sacro-rectale.
   d) Dissection des vaisseaux iliaques primitifs, aorte et veine cave.

---

1. Publié dans la Revue de Pozzi, 1902, sept.-oct.

e) Curage de la fosse lombo-sacrée de chaque côté.

10) Drainage du pelvis par le vagin.

11) Péritonisation. Fermeture du pelvis par le méso-côlon pelvien en suturant le bord libre du côlon pelvien au péritoine iliaque et vésical.

12) Fermeture de l'abdomen par un procédé spécial.

Procédé de *Mackenrodt* : Chacun qui a pratiqué l'hystérectomie abdominale avec évidement plus ou moins complet du bassin, a dû nécessairement ressentir l'obstacle qu'oppose l'incision médiane à l'accès des flancs du pelvis. Nous en avions été frappé comme beaucoup d'autres, et nous y avons vainement cherché un remède. Ni l'incision prolongée au-dessus de l'ombilic, ni la multiplication de puissants rétracteurs, ni l'inclinaison exagérée de la table d'opération, ne résolvaient la difficulté. Au cours d'une opération de fistule uretérale nous avions eu l'occasion d'apprécier combien l'incision latérale (proposée par *Mackenrodt* pour ces fistules) facilite l'accès des parties latérales du pelvis, tout en permettant de refouler sans l'ouvrir le péritoine jusque vers le promontoire. Mais nous n'avions pas eu l'idée d'appliquer cette méthode à l'opération du cancer par la voie abdominale.

Cette idée, *Mackenrodt* l'a eue, et nous estimons qu'elle constitue un progrès très réel, d'abord parce que l'incision latérale donne un jour incomparable pour aborder les paramètres, l'uretère et les vaisseaux iliaques, dont la dissection est toujours le temps le plus délicat de l'évidement pelvien, et ensuite parce qu'elle permet de restreindre le temps pendant lequel la cavité abdominale est ouverte, à quelques minutes. Le procédé de *Mackenrodt* assure en

outre un drainage qu'il est impossible d'obtenir dans cette perfection par l'incision médiane. De ce fait, l'un des principaux dangers de l'opération abdominale étendue, l'infection de la vaste plaie sous-péritonéale se trouve pour ainsi dire éliminée. La méthode de *Mackenrodt,* qu'il a qualifiée d'*extrapéritonéale*, comprend les temps suivants :

1) Soins préparatoires très minutieux. Râclage et désinfection du néoplasme par la formaline. Pendant toute la durée de l'opération, le contact du foyer cancéreux est soigneusement évité. De cette façon seulement on obvie à coup sûr aux récidives par greffe.

2) Incision de la paroi abdominale (à l'exclusion de la séreuse), détachant les muscles droits de leur insertion à la symphyse pubienne, et remontant de chaque côté le long du bord externe du muscle droit jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure supérieure.

3) Ouverture du péritoine un peu au-dessus du bord supérieur de la vessie.

4) Ligature des ligaments larges, l'utérus étant attiré au dehors.

5) Suture du feuillet pariétal antérieur du péritoine, c'est-à-dire du péritoine appartenant au lambeau en U, au péritoine prévertébral, allant transversalement derrière l'utérus du pédicule annexiel gauche à celui de droite. De cette façon l'occlusion de la cavité abdominale au-dessus du pelvis est assurée et n'est plus compromise au cours de l'opération.

6) Ouverture du repli vésico-utérin et décollement vésico-utérin. Dissection de l'uretère et de l'utérine, ligature de celle-ci à l'origine.

7) Ouverture du cul-de-sac de Douglas et libération du vagin, qui est sectionné au cautère sous une pince.

8) Tamponnement de la cavité à l'aide d'une mèche faiblement iodoformée, dont un bout sort par le vagin. Péritonisation de cette cavité comme dans une hystérectomie abdominale ordinaire, en suturant le revêtement séreux de la vessie à celui de la paroi postérieure du bassin.

9) Curage des flancs du pelvis : refoulement du péritoine pelvien jusque vers le promontoire, dissection des gros vaisseaux et de l'uretère, extirpation des ganglions cruraux internes, des ganglions sur le ligament rond, le nerf obturateur, l'artère hypogastrique, l'iliaque externe et la bifurcation iliaque, en même temps que des vaisseaux lymphatiques qui les desservent et du tissu conjonctif qui les enveloppe.

10) Drainage du pelvis par l'incision abdominale de chaque côté à l'aide de deux grands Mikulicz dont l'enveloppe extérieure pénètre dans toutes les anfractuosités.

11) Fermeture de la plaie par des points au fil d'argent réinsérant les muscles droits à la symphyse, suture de la peau.

Wertheim[1] enfin, dont *Zweifel* et d'autres qu'effraye l'opération « formidable » de Mackenrodt ont adopté le procédé, décrit son opération comme il suit :

1) Incision de la ligne blanche.

2) Libération des uretères dans leur partie pelvienne.

3) Décollement de la vessie, ligature et section des ligaments ronds et infundibulo-pelviens.

---

1. Archiv für Gynæcologie 1902 et rapport au congrès de Rome.

4) Ligature et section des artères utérines sur l'index passé le long des uretères à travers le paramètre jusqu'à la vessie, après quoi la partie vésicale des uretères est dénudée, et la vessie décollée de la paroi vaginale antérieure.

5) Décollement du rectum.

6) Section des paramètres aussi près que possible des parois du bassin.

7) Application de clamp courbes sur le canal vaginal, libre maintenant de toute part, au-dessus du cancer, et section de ce canal au même niveau.

8) Recherche des ganglions : la région des vaisseaux iliaques externes et internes est complètement dénudée de tous les ganglions qui, *tant soit peu augmentés de volume*, sont extirpés.

9) Drainage par le vagin à la gaze iodoformée, péritonisation et suture de la paroi abdominale.

A côté de ces trois procédés, nous en avons une quantité d'autres qui ne diffèrent des précédents que par des détails sans grande importance ou qui combinent entre eux certains temps des opérations de *Wertheim* et de *Mackenrodt*, par exemple le procédé de *von Herff*[1]. On a beaucoup abusé du nom d'*évidement du bassin*, et il n'est peut-être pas inutile de constater que bien des auteurs ont qualifié d'évidement des interventions qui ne sont guère plus que des hystérectomies abdominales avec ablation de quelques ganglions hypertrophiés. *Jonnesco*, dans son rapport, veut bien nous citer comme le seul (à côté de lui-même) qui paraisse avoir fait un évidement plus complet.

1. Hegar's, Beiträge 1902, VI, I.

Ceci n'est pas juste : l'opération de *Mackenrodt* ne laisse certainement rien à désirer en fait d'étendue.

Nous avons déjà mentionné les grands avantages du procédé de *Mackenrodt*, pour notre part nous lui donnons la préférence sur celui de *Jonnesco* pour des raisons techniques, sur celui de *Wertheim* pour des raisons théoriques. Nous aurons à reparler du choix d'une méthode opératoire quand nous discuterons la question des ganglions.

Il nous reste à mentionner l'opération par la voie sacrée, préconisée par *Hochenegg* en 1888, et à peu près complètement abandonnée actuellement. Les quelques rares statistiques y ayant trait, accusent une mortalité de 18 à 24 $^{0}/_{0}$ et presque pas de résultats éloignés. La désuétude dans laquelle est tombée cette opération, semble justifiée autant par des considérations théoriques que par les résultats défavorables qu'on a publiés. *Jonnesco* résume l'opinion de la plupart des auteurs en disant : « laborieuse, créant de larges pertes de substance et produisant de grands traumatismes, la voix sacrée ne pouvait être ni assez commode pour permettre l'extirpation large, ni assez bénigne pour être préférée à la voie vaginale dans les cas limités et à l'exérèse peu étendue. Aussi appartient-elle plutôt à l'histoire ». L'un de ses derniers partisans, *Dick*[1] (de Berne), a lui-même admis la supériorité incontestable de la voie abdominale.

D'une façon générale, on peut dire que les partisans de l'hystérectomie vaginale diminuent de jour en jour, et que ceux de l'opération abdominale augmentent de même. Que cette dernière soit préférable, théoriquement, cela n'a jamais fait un doute. Le vagin ne permet que de laborieux

1. Correspondenzbl. für Schw. Aerte 1902, Sept.

tâtonnements dans une presque obscurité. Malgré les perfectionnements apportés à sa technique, c'est un travail « malpropre » au premier chef. L'opération par la voie abdominale donne du jour, elle est claire, elle rend l'hémostose facile et sûre, et permet d'éviter à coup sûr l'uretère, puisqu'on le voit. Elle est éminemment esthétique au point de vue chirurgical. La seule objection qu'on puisse lui opposer, c'est sa gravité. Si l'hystérectomie abdominale avec évidement donnait les mêmes résultats immédiats que l'hystérectomie vaginale, cette dernière serait abandonnée du coup. Mais les dangers de la voie abdomiminale sont-ils réellement si grands ? Voyons d'abord les chiffres de mortalité que donne la voie vaginale. A l'aide d'une statistique très complète, *Jonnesco*[1] obtient 36 $^0/_0$-23 $^0/_0$ de mortalité pour les années 1886-89. A partir de 1889, la mortalité diminue rapidement, tombe à 16, puis à 8 et 9 $^0/_0$. A Griessen, en 1901, on donne comme moyenne 9 $^0/_0$, quelques opérateurs n'accusent que 5 $^0/_0$. Pour la clinique de Berne, *Kellerhals*[2] trouve 5,7 $^0/_0$ (1893-98), *Zweifel* (d'après *Glockner*) a 5,7 également, *Bastian*[3] arrive même à 4 $^0/_0$. Jusqu'à présent la voie abdominale, surtout si l'évidement complet du pelvis est pratiqué, fournit une mortalité bien supérieure. Mais « l'hystérectomie vaginale a passé par une longue phase dans laquelle sa mortalité était très grande, et n'est-elle pas arrivée à une mortalité relativement faible ; la même chose se produira pour l'intervention par la voie abdominale, quand sa technique sera parfaite et le choix des cas judicieusement fait (*Jonnesco*) ». La mortalité de l'opé

1. Congrès de Rome.
2. Thèse de Berne, 1899.
3. Revue de la Suisse romande, 1899.

ration de *Freund* atteignit 80 $^0/_0$ les premières années, une statistique globale de *Bellœuf* (cité d'après Jonnesco), arrêtée en 1900 et portant sur 454 cas, donne 27 $^0/_0$. En réunissant les statistiques personnelles des opérateurs qui ont le plus souvent pratiqué l'intervention par la voie haute pour des cancers limités, *Jonnesco* obtient 5-6 $^0/_0$. Entre ses mains, l'opération abdominale radicale a donné 10 guérisons dans 10 cas de cancer limité (1900-1902). La mortalité de *Wertheim*[1] est de 40 $^0/_0$ pour sa première série de 30 opérations; de 13 $^0/_0$ seulement pour ses 3 dernières séries de 30 opérations chaque. *Zweifel*[1] accuse à peu près le même chiffre (15 $^0/_0$), *Mackenrodt*[1] a eu, dans une première série de 15 cas, 4 morts opératoires, qu'il rejette sur l'insuffisance du drainage tel qu'il était pratiqué alors ; dans une seconde série de 17 cas, 2 morts seulement, ce qui donne du 11,7 $^0/_0$. Nous-mêmes, en 1899, avons perdu 3 opérées sur 7, mais nous avons expliqué[2] nos mauvais résultats par le fait que nous avions beaucoup trop élargi nos indications opératoires.

Si l'on veut bien ne pas oublier que l'opération abdominale telle qu'elle se pratique maintenant, est de date toute récente, on admettra sans peine que le perfectionnement de la technique doive amener une amélioration considérable des résultats immédiats. Aussi tous les orateurs du congrès de Rome, à quelques rares exceptions près (*Pozzi*, *Gutierrez*, *Delbet*, *Treub*) se sont-ils prononcés très énergiquement en faveur de la voie haute. *Pozzi*[1] même, tout partisan de la voie vaginale qu'il est, admet que « plus grave que l'hystérectomie vaginale, l'hystérectomie abdominale n'entraîne

1. Congrès de Rome.
2. Loc. cit.

pas cependant un pronostic opératoire trop sombre ; comme toute opération, elle gagne en bénignité au fur et à mesure que se perfectionne la technique, ainsi que le démontrent les plus récentes statistiques ».

On a voulu revendiquer en faveur de la voie haute, qu'elle permettait de s'attaquer à des tumeurs inopérables par le vagin. Certes, cela est vrai, à techniquement parler, mais il est dangereux d'insister sur cet avantage. Si quelques chirurgiens ont cru devoir parler de la banqueroute de l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer de l'utérus, c'est précisément parce qu'ils lui demandaient trop. Si on en attendait des résultats éloignés dans les cas où la voie vaginale est depuis longtemps impuissante, on sera forcé de reconnaître avec *Delbet*[1] « que la voie abdominale n'a pas tenu ce qu'elle avait promis ». Nous répondrons avec *Jonnesco*[1] : « Il ne faut pas oublier que la plupart des opérateurs ont cru de leur devoir, et moi-même je l'ai cru, de recourir à la voie haute, surtout dans les cas où la voie vaginale paraissait impuissante, c'est-à-dire dans les cancers très, je dirai trop étendus. Il n'y a rien de surprenant que dans ces cas la récidive fût immédiate, car l'exérèse totale était impossible ». Ce n'est que quand on se décidera à opérer les cas limités seulement, qu'on pourra comparer aux résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale ceux de l'opération radicale par la voie haute. Les interventions de ce genre sont d'ailleurs de date trop récente pour permettre de parler dès maintenant de résultats éloignés.

Pour juger des avantages de la voie haute, il faut que

1. Congrès de Rome.

nous envisagions quelques points de la question dont toute l'importance n'a été mise en lumière que depuis que l'on pratique l'opération radicale par la voie abdominale :

1) Extension régionale du cancer (envahissement du vagin, du paramètre, de la vessie, du rectum).
2) Extension lointaine (envahissement ganglionnaire).
3) Récidives post-opératoires.

Extension régionale. C'est surtout le paramètre qui importe, car une fois la vessie et le rectum pris, l'intervention (possible techniquement), n'arrive plus jamais à donner de résultats éloignés satisfaisants. Dans l'envahissement du paramètre, *Jonnesco*[1] distingue 3 catégories, mais reconnaît lui-même que cette division ne répond pas entièrement à la réalité des choses :

1) Paramètres absolument libres.
2) Base légèrement infiltrée. L'utérus a perdu, mais incomplètement sa liberté.
3) Infiltration complète et diffuse. Utérus fixé, cloué (pas d'opération).

Glockner a noté dans 18 °/₀ des cas opérés par *Zweifel*, de l'infiltration et du raccourcissement des paramètres. Il insiste sur le fait, constaté d'ailleurs par d'autres, que cette infiltration est souvent de nature inflammatoire, mais que, cliniquement, et même par la bioscopie post-opératoire, il est souvent impossible de distinguer sûrement les altérations produites par l'inflammation de celles résultant de l'envahissement néoplasique.

---

1. Congrès de Rome.

L'enclavement de l'utérus peut en outre être dû à des lésions annexielles (*Jayle*). *Wertheim*[1] a coupé 80 fois en séries des paramètres extirpés d'après sa méthode. Dans 55 cas, la dégénérescence cancéreuse avait envahi les parties externes des paramètres, 11 fois il y avait des foyers tout à fait indépendants du cancer primitif, foyers très limités, mais qu'il eût été évidemment impossible d'enlever par l'hystérectomie vaginale, puisqu'on n'en aurait pas soupçonné l'existence. Nous discuterons plus tard la question de savoir jusqu'à quel point l'envahissement du paramètre constitue en lui-même une contre-indication formelle à toute intervention. Que l'on opère ou non quand le néoplasme a atteint le paramètre, il est indiscutable que, très souvent, il est impossible de déterminer à l'avance l'étendue de cet envahissement. « Il est des cas, dit *Wertheim*[1], où préciser l'opération est impossible, car malgré l'exploration la plus minutieuse, les limites de l'extension ne peuvent être déterminées. *Ricard* a raison quand il voit dans cette considération un des grands avantages de la voie abdominale sur la voie vaginale, et avec le temps, j'ai pris comme ligne de conduite de ne décider d'une opération qu'après avoir ouvert le ventre. C'est certainement dans les cas de cancer de l'utérus que la laparatomie exploratrice est des plus justifiées. » Enfin, il ne faut pas oublier que le paramètre est en relation très intime avec l'uretère. Celui-ci est envahi à une période relativement tardive, et nous croyons qu'alors, il vaut mieux s'abstenir que de vouloir pratiquer une opération qui ne pourra jamais être réellement radicale. Mais, ainsi que le font remarquer plusieurs

1. Congrès de Rome.

auteurs, l'uretère est souvent englobé « dans une gangue infiltrée du tissu cellulaire de la base des ligaments larges, là surtout où il croise l'utérine. Fait très important, l'uretère se creuse dans cette gangue un véritable tunnel aux parois duquel il n'adhère presque pas, alors même que la gangue n'est pas simplement inflammatoire, mais cancéreuse (*Jonnesco*). » L'impuissance de la voie vaginale dans une occurence pareille est manifeste.

2) *Ganglions*. Pour ceux — et ils sont actuellement la majorité — qui considèrent l'excision des ganglions comme un des temps les plus importants de l'intervention, la voie vaginale est d'emblée inadmissible. La question se pose, s'il faut systématiquement enlever chaque fois, comme dans l'opération de *Halstedt*, *tous* les ganglions, ou seulement ceux qui sont hypertrophiés.

L'hypertrophie n'est pas synonyme de néoplasie, et la néoplasie, d'un autre côté, peut exister sans hypertrophie. Il n'y a qu'un examen histologique des ganglions en coupes sériées qui soit susceptible de trancher la question. Les observations qui ne tiennent pas compte de ce fait n'ont aucune valeur. C'est ainsi que nous avions indiqué que dans les 7 cas d'opération abdominale avec évidement pelvien qui nous sont personnels, deux fois seulement l'examen histologique avait décelé la présence du néoplasme dans les ganglions iliaques hypertrophiés que nous avions enlevés. Mais cet examen n'avait porté que sur un nombre limité de coupes, et il a été suffisamment prouvé depuis, qu'il existe fréquemment de petits foyers cancéreux qui échappent à toute investigation ne portant pas sur le ganglion dans sa totalité.

En se basant sur des recherches minutieuses, entreprises dans son laboratoire, *Jonnesco*[1] affirme que :

1) L'envahissement ganglionnaire est fréquent (61,5 % des cas).

2) Les ganglions peuvent être pris même dans les cas limités sans aucune infiltration du paramètre.

3) L'infiltration même cancéreuse du paramètre n'indique pas l'envahissement des ganglions par le néoplasme.

4) L'envahissement ganglionnaire peut être précédé par la thrombose cancéreuse des vaisseaux et espaces lymphatiques périutérins. Cette dernière peut exister sans infiltration du paramètre ni dégénérescence ganglionnaire.

5) Le volume des ganglions n'est pas en rapport direct avec leur envahissement par le néoplasme.

6) Il n'y a pas d'étapes régulières dans la marche de l'envahissement ganglionnaire : les ganglions distants peuvent être dégénérés, alors que les proximaux sont indemnes.

7) Le siège, l'étendue et la forme clinique du cancer de col n'a aucun rapport avec l'envahissement des ganglions lymphatiques. Un cancer minime de museau de tanche ou de la portion supra-vaginale du col peut s'accompagner de propagation ganglionnaire, alors que d'énormes champignons du museau de tanche et de profondes cavernes du canal cervical peuvent n'avoir aucun retentissement ganglionnaire. (Ce fait, très important, et constaté par tous les auteurs, démontre que ce n'est pas la forme clinique du néoplasme qui doit décider du choix de la méthode opératoire.)

---

1. Congrès de Rome.

8) Vu l'incertitude dans laquelle on se trouve sur l'existence ou non de la propagation paramétritique et ganglionnaire, tant cliniquement qu'après l'examen direct même, la seule intervention rationnelle dans le cancer opérable de l'utérus, c'est l'extirpation par la voie abdominale avec évidement complet ilio-lombo-pelvien.

Wertheim[1] a soumis à l'examen des coupes en séries du paramètre et des ganglions dans 80 cas. « 7000 coupes ont été soigneusement examinées. Sur ces 80 cas, il a constaté 23 fois des ganglions cancéreux (accompagnant les gros vaisseaux), 4 fois des 2 côtés, 27 fois d'un seul. Dans la plupart des cas, il s'agissait de ganglions atteints isolément, rarement de masses cancéreuses plus considérables. On ne classait sous la rubrique de ganglions cancéreux que ceux où la néoplasise fut nettement constatée au microscope. Il n'existe pas toujours de rapport entre le paramètre et les ganglions. Ainsi 22 fois les paramètres étaient atteints sans les ganglions, 4 fois les ganglions sans les paramètres, 22 fois les deux étaient pris, 32 fois les deux étaient indemnes. Wertheim en conclut que, ne pouvant enlever *tous* les ganglions, et d'ailleurs tous les ganglions n'étant pas cancéreux, il faut se borner à enlever ceux-là seulement dont on reconnaît l'augmentation de volume à travers le péritoine. Les ganglions cancéreux échappent le moins à l'exérèse à cause même de leur volume.

Zweifel[1] a trouvé les ganglions envahis dans 21,92 $^0/_0$ de ses cas, mais en comptant tous les ganglions hypertrophiés indépendamment de leur envahissement néo-

1. Congrès de Rome.

plasique, il obtient 35 $^0/_0$. Si le plus souvent les ganglions ne sont pris que quand le néoplasme a déjà envahi une grande partie du paramètre, *Zweifel*[1] a constaté, à plusieurs reprises, de l'envahissement ganglionnaire dans des cas de cancer de la portion vaginale, qui semblaient être tout à fait incipients. Là où il y a de l'adénopathie néoplasique, la récidive suivrait infailliblement l'hystérectomie vaginale à brève échéance. « Il est donc indubitablement rationnel d'extirper autant que possible les ganglions et, ceci n'étant possible que par la voie abdominale », *Zweifel* est partisan de celle-ci. « Bien entendu » il faut également pratiquer l'ablation des paramètres et des vaisseaux lymphatiques dans chaque cas.

Von Rosthorn constate de l'envahissement ganglionnaire dans plus de 50 $^0/_0$ des cas. *Mackenrodt*[2] estime que les ganglions jouent un rôle essentiel dans les récidives. Il a vu que même les ganglions de volume normal contenaient presque toujours des inclusions épithéliales, dont l'importance n'est pas encore suffisamment appréciée. *Wertheim*[3] a également constaté ces inclusions. Leur pathogénie est encore obscure, mais leur présence est liée à l'existence d'un cancer utérin. Il semble ressortir de ces recherches, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer, qu'il existe un état précancéreux nettement défini pour les ganglions. La conclusion qu'il faut les enlever s'impose. *Jacobs*[1] de même est d'avis que l'extirpation de tous les ganglions doit toujours suivre l'hystérectomie abdominale.

---

1. Congrès de Rome.

2. Verhandl. der Gesellsch. für Geb. u. Gyn. zu Berlin in Zeitschrift XLVIII. 1.

3. Centralbl. für Gynæc. 1903. 24 janvier.

D'un autre côté *Winter* (il est vrai qu'il s'agit d'observations déjà anciennes) croit l'envahissement ganglionnaire très rare dans les cas de cancer opérable. Même dans les cas avancés il ne joue qu'un rôle secondaire. *Pozzi*[1]. avec *Richelot, Segond, Jordan, Hofmeier, de Ott,* nie l'utilité pratique de l'ablation des ganglions, celle-ci étant toujours illusoire. « Les ganglions ne sont pas toujours pris. » (A l'appui de cette thèse, *Pozzi* cite entre autres le fait que nous n'avons trouvé de ganglions cancéreux que deux fois sur sept hystérectomies pour cancer. Nous avons expliqué que cet examen avait été incomplet.) « Le seraient-ils, pas un chirurgien sincère ne pourrait se vanter de les enlever tous. » Tout récemment *Oehlecke*[2], assistant d'*Ohlshausen*, a examiné les ganglions dans sept cas d'hystérectomie vaginale, pratiquée pour cancer de l'utérus au début et ayant entraîné la mort. Deux fois, il trouva à l'examen histologique des foyers cancéreux infinitésimaux.

De tout ce qui précède, il appert que le rôle exact des ganglions est encore mal défini, mais que les travaux récents paraissent donner raison à ceux qui leur attribuent une importance prépondérante dans la production de la récidive post-opératoire et qui réclament par conséquent leur ablation complète. Que celle-ci, au sens rigoureux du mot, soit une illusion, cela est possible, mais il appartient à l'avenir de décider si l'ablation, telle qu'elle nous est possible, suffit à conjurer les récidives. Avec *Amann* et *Krönig*[1], nous nous demandons si l'organisme n'est pas capable de venir à bout de quelques cellules cancéreuses restées dans les tissus après l'ablation aussi complète que

1. Congrès de Rome.
2. Zeitsch. für Geb. u. Gyn. XLVIII, 3. 1903.

possible du néoplasme (dans les cas de cancer limité, bien entendu).

Même si les ganglions devaient ne pas avoir l'importance qu'on leur prête, la topographie du paramètre et de l'uretère justifie à elle seule l'adoption de la voie haute dans tous les cas de cancer utérin, ainsi que le font remarquer *Zweifel*[1], *Wertheim*[1], *Mackenrodt*[1], *Kümmel*[2], etc.

A l'appui de cette manière de voir nous citerons un cas de cancer du col sur lequel, avec l'aimable assistance de M. le professeur *Jentzer*, nous avons pratiqué l'opération de Wertheim, le 19 II 1903. A l'examen sous l'éther, nous avions cru constater la mobilité presque intacte de l'utérus et une absence complète d'induration paramétritique. L'ouverture de l'abdomen nous permit de découvrir une infiltration considérable de la moitié externe du paramètre droit, due à une ancienne annexite. L'ovaire, le pavillon de la trompe et l'uretère étaient entourés d'une gangue fibreuse d'exsudat, non cancéreuse, et pour libérer l'uretère il fallut une dissection laborieuse, dissection qu'il eût certainement été impossible de mener à bien par la voie vaginale. Et cependant, a priori, les conditions semblaient plutôt favorables pour une intervention de ce genre. En outre, nous trouvâmes plusieurs ganglions hypertrophiés sur l'iliaque externe, interne et sur le ligament rond. Nous nous proposons de soumettre ces ganglions à un examen microscopique en coupes sériées.

3) *Récidives*. *Winter*[3], et tous les auteurs avec lui, divise les récidives en :

1. Congrès.

2. Aerztl. Verein. Hamburg, 18 nov. 1902, ref. in Münch. mediz. Wochenschr. 1902, p. 1985.

3. Zeitsch. für Geb. et Gyn. XXVII.

a) Locale (dans la cicatrice).
b) Régionale, pelvienne et ganglionnaire.
c) Métastatique (par voie sanguine).

On admet, ou plutôt on admettait généralement, que la première de ces catégories était de beaucoup la plus fréquente. Elle provient de restes cancéreux laissés pendant l'opération, ou de l'infection par implantation au cours de l'intervention. Cette récidive par greffe dans le tissu normal, niée par *Freund*, *Frommel* et d'autres, est acceptée comme un fait acquis par la plupart des auteurs. *Winter*, *Hofmeier*, *Olshausen*[1], *Léopold*, *Sänger* et surtout *Mackenrodt* ont donné à l'appui de cette opinion des faits qui paraissent concluants. Dans un travail fait à la clinique de *Döderlein*, et publié il y a quelques mois, *Hellendall*[2] cherche à prouver l'inanité de ces faits, et démontre que pour aucun des cas de récidive dans le vagin, on n'avait pu démontrer que celle-ci était réellement due à la greffe pendant l'opération, et non pas à l'évolution du processus néoplasique suivant son cours normal et partant de restes laissés dans les lymphatiques ou veines. Quant aux récidives ganglionnaires, elles passaient pour très rares, mais le nouvel aspect que la question des ganglions a pris depuis quelque temps, la fréquence impressionnante de l'envahissement ganglionnaire, nous force de modifier cette opinion. *Wertheim*[3] n'a trouvé dans ses cas qu'une seule fois la récidive dans la cicatrice vaginale, dans tous les autres cas c'étaient les ganglions qui servaient de point de départ,

1. Olshausen, encore tout récemment, dans Zeitschr. für Geb. u. Gyn. XLVIII, 3, 1903.
2. Hegar's Beiträge 1902.
3. Congrès de Rome.

comme on pouvait en juger par la forme et la localisation des récidives. *Jonnesco*[1] a sans doute raison quand il avance que « si la récidive ganglionnaire n'a pas été plus souvent observée, c'est que probablement les opérées par voie vaginale ont été emportées trop vite par récidive locale. »

Que l'on admette la prépondérance des récidives par inoculation ou celle des récidives ganglionnaires, la fréquence du repullulement local étant dûment constaté, la voie abdominale s'impose une fois de plus. Elle seule permet d'éviter cette inoculation, d'enlever les ganglions et de faire l'ablation du néoplasme en plein dans le tissu sain, toutes choses impossibles ou très difficiles par la voie vaginale.

L'hystérectomie vaginale donne 5 $^0/_0$ de mortalité. La mortalité de l'hystérectomie abdominale avec évidement du bassin est actuellement plus considérable, mais tout fait prévoir que, dans un avenir peu éloigné, elle ne dépassera pas sensiblement 5 $^0/_0$. L'hystérectomie abdominale avec évidement est de date trop récente pour permettre de parler de résultats éloignés, mais ceux-ci, étant de 30 $^0/_0$ après l'hystérectomie vaginale, qui est une opération très incomplète, deviendront bien meilleurs par la voie haute.

Nous arrivons aux *indications* opératoires de l'hystérectomie abdominale avec évidement du bassin. Quand on a commencé à évider des bassins, on s'est attaqué à des cas très avancés qui ne pouvaient d'emblée offrir de grande chance de succès. Maintenant, on reconnaît qu'il ne faut

---

1. Congrès de Rome.

aborder que les cas limités. Mais où faut-il s'arrêter? L'extension du néoplasme au paramètre est-elle une contre-indication, ou bien l'infiltration cancéreuse du paramètre est-elle admissible dans une certaine limite? Et dans quelles limites? Jusqu'à quelle hauteur doit-on aller rechercher des ganglions cancéreux? L'adénopathie cancéreuse atteignant l'aorte est-elle justiciable de l'intervention? L'envahissement ganglionnaire est-il lui-même une contre-indication?

Autant de questions auxquelles il sera impossible de répondre avant quelques années. Alors seulement les résultats éloignés seront connus, alors seulement on pourra apprécier l'importance respective des différentes formes de propagation néoplasique pour la production de la récidive. En attendant, les auteurs formulent leurs indications d'une façon très vague. Pour *Pozzi*[1] « ne sont pas justiciables de l'hystérectomie les cas où le néoplasme a dépassé les limites de l'utérus de manière à diminuer beaucoup sa mobilité et à indurer largement les parties voisines. Plus le mal est limité, plus l'opération doit être importante et vice-versâ. » *Freund*[1] considère comme opérables les cas où la vessie, le rectum sont indemnes, et où l'utérus ne paraît pas enclavé dans des masses cancéreuses. Pour notre part, nous adoptons la formule de *Jonnesco*[1], tout en n'étant pas d'accord avec lui sur son interprétation : « la castration abdominable totale, suivie de l'évidement du bassin, ne doit être entreprise que dans les cancers limités où, cliniquement ou après l'ouverture de l'abdomen, on a constaté la possibilité de tout enlever et de ne rien laisser du tissu cellulaire et des ganglions lymphatiques. »

---

1. Congrès de Rome.

Quant au choix de la méthode opératoire, nous nous sommes déjà, pour des raisons théoriques, reconnus partisans de l'opération de *Mackenrodt*. Cependant cette dernière, au moins si on la pratique exactement d'après les données de son auteur, c'est-à-dire avec évidement complet de *tous* les ganglions et du tissu conjonctif, comporte encore, à l'heure qu'il est, des risques assez grands ; d'un autre côté, l'utilité d'une intervention aussi étendue n'est pas encore pleinement démontrée. Jusqu'à nouvel ordre, c'est-à-dire jusqu'à ce que le rôle joué par les ganglions soit tout à fait élucidé, nous préférons donc, dans la pratique, nous en tenir au point de vue éclectique de *Wertheim* et n'enlever que les tissus qui semblent atteints. Toutefois l'incision de *Mackenrodt* nous paraît offrir de tels avantages pour aborder les flancs du pelvis et pour assurer un drainage sérieux, que nous la préférons à l'incision dans la ligne blanche.

Dans le traitement du cancer de l'utérus, ce qui importe le plus, c'est le diagnostic précoce.

A la vérité, il semble superflu d'énoncer un aphorisme pareil, dit et répété à satiété. Et cependant dans la pratique, on est obligé de constater que, généralement, le diagnostic ne se fait qu'à une période avancée. *Glockner* [1] a relevé tous les cas de cancer utérin examinés à l'hôpital et à la consultation de la clinique de Leipzig depuis le 1er avril 1887 (depuis que Zweifel en a pris la direction) jusqu'au 1er juillet 1901, ainsi que ceux de la clientèle privée de Zweifel pendant ce laps de temps. Le total en est de 974. Là-dessus,

1. Loc. cit.

260 ont été jugés passibles d'une intervention radicale et ont été opérés. Cela nous donne 26,9 $^{0}/_{0}$. A Vienne, aux cliniques de *Schauta* et de *Chrobak*[1] 15 $^{0}/_{0}$ seulement de tous les cas sont déclarés opérables, tandis que *Wertheim*[2], pour sa quatrième série de trente opérations abdominales, arrive à 40 $^{0}/_{0}$. Dans sa troisième série il atteignait 52,9 $^{0}/_{0}$. A la clinique gynécologique de Berne, de 1893-98, les interventions portent sur 33 $^{0}/_{0}$ des cas, en 1899 sur 89,5 $^{0}/_{0}$. Ce chiffre si élevé provient de ce que, à ce moment, comme chef de clinique, nous commencions à pratiquer l'opération abdominale là même où une intervention vaginale était jugée impossible. Pendant une année, toutes les malades atteintes de cancer, à l'exception de deux, furent opérées, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale. A Genève, depuis octobre 1899, époque de la nomination de M. le Dr *Jentzer* à la chaire de clinique gynécologique et obstétricale, jusqu'en 1902, je relève 8,57 $^{0}/_{0}$ seulement. Il ne m'appartient pas de rechercher les causes du nombre si restreint de cancers opérables à la Maternité de Genève. Il suffira de constater que, dans la très grande majorité des cas qu'on nous amène à l'hôpital, toute intervention est hors de cause. Ceci est le mieux démontré par la mortalité considérable des cancéreuses admises dans le service — bien entendu de celles qui ne sont pas opérées — et qui se chiffre à 25,39 $^{0}/_{0}$ pour les dernières années.

La proportion des interventions possibles dépend de facteurs multiples, d'ordre général, les mêmes partout, et

1. Cité d'après Wertheim.
2. Rapport au Congrès de Rome.

d'ordre particulier, variant beaucoup d'un hôpital et d'un endroit à l'autre. En passant en revue ces facteurs, nous pourrons en même temps étudier les moyens qui nous permettraient d'élever la fréquence du diagnostic précoce du cancer. Celui-ci présente toujours certaines difficultés : des symptômes capables d'éveiller l'attention des femmes n'apparaissent qu'à une période déjà avancée. Ce facteur est donc le même partout. Par contre il est certaines circonstances très différentes selon le chirurgien et l'endroit où il se trouve :

1° On n'est pas encore d'accord sur les indications opératoires. Bien qu'une certaine entente semble devoir se faire, il y aura toujours, de par là, des variations : tel chirurgien se décidera à opérer un cas déclaré inopérable par un autre.

2° Le degré d'éducation scientifique (surtout au point de vue gynécologique) des praticiens du district qui alimente l'hôpital. Certes le diagnostic précoce du cancer de l'utérus n'est pas *facile*, mais il est *possible*. Pour cela, il faut avant tout que chaque médecin pratique le toucher vaginal, dès qu'il aura à soigner des irrégularités de menstruation. Nous n'exigeons pas d'un praticien des connaissances spécialistes très étendues, nous lui demandons seulement de penser à la possibilité d'un cancer, quand il constatera chez une femme d'un certain âge un col induré et des pertes sanguines irrégulières. Combien n'avons-nous vu de cas en pleine évolution, méconnus et traités pendant des semaines, des mois, comme de simples érosions ou métrites ? Quoi de de plus simple, dans les cas douteux, que de faire une

abrasion ou une petite excision exploratrice et de faire examiner les pièces par un expert[1] ?.

On est trop porté à ne soupçonner un cancer qu'aux environs de l'âge critique. C'est une erreur qu'on ne saurait trop combattre, d'autant plus dangereuse que, en règle générale, plus la femme est jeune, plus le carcinome est malin. *Glockner* indique 59,7 $^0/_0$ de ses cas comme ayant

1. Il n'y a pas que le médecin qui méconnaisse le cancer. Qu'il me soit permis de citer à ce propos ce que *Kocher* et *Roux* disent du cancer de l'estomac ; cela s'applique aussi bien au cancer de l'utérus. « Nous ne saurions passer sous silence », dit *Roux* (Revue de Pozzi 1897, n° 1) « la conduite de certains confrères, et pas des plus âgés ni des moins instruits, qui attendent sciemment qu'il soit trop tard pour envoyer leurs malades à l'opérateur. Sans même se retrancher derrière la doctrine de la dyscrasie cancéreuse à laquelle ils ne croyent pas ; sans mettre en avant la proportion énorme des récidives, malgré les opérations les mieux réussies, ils attendent qu'une tumeur du sein soit adhérente, qu'il y ait des glandes axillaires, ou qu'un pylore soit absolument imperméable et le malade au-dessous du demi-quintal, pour l'engager alors à se hâter de se faire opérer : le moment est venu. Pendant longtemps ils s'opposent à toute idée d'opération — si le malade en parle — en agitant le spectre de la récidive ou le pour cent des morts opératoires, et tout à coup ils forcent pour ainsi dire le chirurgien à opérer pour triompher enfin auprès de la famille et des populations. Le beau triomphe ! Et il en sera longtemps encore de même : la pitié empêche de dire au malade qu'il a attendu trop tard et les égards professionnels ne permettent pas de dire de ces confrères plus de la moitié du mal qu'on en pense ». Et *Kocher* (Correspondenzbl. für Schweiz. Aertze 1898, n° 20) : « Leider lassen sich zu viele Aerzte durch die schlechte Statistik, ohne Prüfung der Einzelfälle, in ihrem Urtheil beeinflussen, die Operation für eine sehr gefärhliche zu halten. Nach meiner Erfahrung sind es gerade diejenigen Aerzte, welche die Fälle recht spät schicken und darauf dringen, dass ihre Patienten dann noch operiert werden, welche auch meistens geneigt sind, kritiklos die allgemeine Statistik der Operationsresultate als Entschuldigung für langes Zuwarten in's Feld zu führen ».

moins de 45 ans (cancer du col), 29,2 % avaient de 45-55 ans, 11 seulement avaient dépassé cet âge.

3° L'éducation spéciale des femmes. Tant que la grande majorité de celles-ci continuera à considérer toute émission de sang par les parties génitales comme un phénomène naturel et négligeable, elles n'iront pas consulter en temps opportun. « Il faudrait », dit *Pinard*[1], « habituer les femmes à consulter un médecin, et à réclamer un examen gynécologique dès qu'il se produit le moindre trouble dans la sphère des organes génitaux ». De même, *Zweifel*[2] insiste sur le fait que, ce qui élèvera le plus le chiffre des guérisons éloignées, ce ne sera pas tant le choix de telle ou telle méthode opératoire, mais le diagnostic précoce : « Le mot d'ordre devrait être pour les femmes : examen gynécologique dès qu'il y a le moins du monde d'irrégularités des règles ». Au fond, c'est une question d'entraînement, c'est aux médecins de jouer le rôle d'entraîneurs. C'est à eux de faire pénétrer dans le public quelques notions exactes sur les symptomes du cancer, d'éveiller l'attention des femmes, de leur faire peur au besoin, de leur faire comprendre qu'à tout âge des irrégularités menstruelles peuvent être le signe d'une affection grave, bien avant qu'apparaissent douleurs ou écoulements fétides. Ainsi que le dit *Zweifel*[2] : « Quel mal cela peut-il faire que neuf femmes se fassent examiner inutilement, si chez la dixième on découvre le mal insidieux au début ? ».

Mais pourquoi ne pas aller plus loin encore? Pourquoi ne conseillerions-nous pas à toutes les femmes, ou du moins à toutes les femmes d'un certain âge, de se faire

1. Congrès de Rome.
2. Ibid.

systématiquement examiner à intervalles réguliers ? Il n'y aurait là, en somme, rien de si extraordinaire, et nous ne ferions qu'imiter les dentistes qui, depuis longtemps, ont fait entrer dans les mœurs de certaines classes l'examen périodique de la cavité buccale, qu'il y ait eu ou non préalablement des signes d'une affection dentaire. Après tout, il serait aussi important de découvrir le début d'un cancer du col que celui d'une carie dentaire[1].

4° Il ne faut pas oublier le rôle important joué par la sage-femme dans nos campagnes suisses. C'est à elle que la paysanne atteinte d'une affection gynécologique va demander conseil en premier, et c'est elle qui décidera le plus souvent s'il y a lieu de demander l'avis d'un médecin. Toute sage-femme devrait donc être capable de reconnaître ou au moins de soupçonner l'existence d'un carcinome de l'utérus. Pour cela il suffirait de quelques notions de symptomatologie gynécologique données à l'élève sage-femme pendant sa période d'instruction à l'hôpital, notions auxquelles les jeunes élèves sont très accessibles ainsi que j'ai eu l'occasion de voir moi-même pendant mon clinicat à Berne. Le malheur est que la sage-femme oublie trop vite les préceptes qu'on s'est efforcé de lui inculquer, et qu'ici, à Genève du moins, nous n'avons plus aucun moyen d'agir sur elle, une foi sortie de l'école. Dans le canton de Berne, c'est différent. Depuis six ans grâce aux efforts de mon ancien maître, le prof. P. Müller, toutes

1. M. Jentzer qui depuis bien des années a essayé de mettre cette idée en pratique, nous communique un cas de cancer de sa clientèle privée découvert tout à fait au début au cours d'un de ces examens réguliers. L'hystérectomie vaginale lui donna une guérison qui s'est maintenue depuis lors.

les sages-femmes établies dans le canton, jeunes et vieilles, sont convoquées de temps en temps à des « cours de répétition » de huit jours à la Maternité de Berne. La non comparution amène le retrait de la patente. L'antisepsie obstétricale, le palper par manœuvres externes et la conduite pendant la période de délivrance forment les principaux sujets des leçons tant théoriques que pratiques, et quelques heures sont toujours consacrées à l'étude des symptômes de certaines affections gynécologiques, plus spécialement du cancer. Ces cours de répétition obligatoires, que *Abefeld* a le premier institués, donnent au corps médical des hôpitaux un puissant moyen d'agir sur les sages-femmes, et il serait à désirer qu'ils fussent adoptés partout.

CONCLUSIONS

1° Le cancer de l'utérus, pris au début, est curable.

2° Le cancer limité (et reconnu tel par l'exploration sous un anesthésique, mieux encore par la laparatomie exploratrice) seul est justiciable du traitement chirurgical.

3° Etant donné un cancer limité de l'utérus, l'opération de choix est l'hystérectomie abdominale avec évidement du bassin, de préférence d'après la méthode de *Wertheim*, mais avec l'incision latérale de *Mackenrodt*.

4° D'une façon générale, le point saillant dans le traitement du cancer de l'utérus, c'est le diagnostic précoce. A cet effet, il est essentiel de soumettre à un entraînement spécial les femmes, aussi bien que les médecins et les sages-femmes.

Genève, Février 1903. René Koenig.